

**SUR LE TRAITEMENT**

**DE LA**

**KÉRATO-CONJONCTIVITE PHLYCTÉNULAIRE**

---

**THÈSE**

**PRÉSENTÉE**

**A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON**

**Et soutenue publiquement le 6 Janvier 1894**

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**PAR**

**LUCIEN BAYLE**

Né le 31 Décembre 1864, à Satillieu (Ardèche)

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON



**LYON**

**ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE**

**4, RUE GENTIL, 4**

**Janvier 1894**



SUR LE TRAITEMENT

DE LA

# KÉRATO-CONJONCTIVITE PHLYCTÉNULAIRE

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Janvier 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LUCIEN BAYLE

Né le 31 Décembre 1864, à Satillieu (Ardèche)

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—  
Janvier 1894

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. . . . . DOYEN.  
GAYET. . . . . ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

## PROFESSEURS

|                                                          |   |             |
|----------------------------------------------------------|---|-------------|
| Cliniques médicales. . . . .                             | { | MM. LÉPINE. |
| Cliniques chirurgicales. . . . .                         | { | BONDET.     |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .          |   | OLLIER.     |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                        |   | PONCET.     |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . . |   | FOCHIER.    |
| Clinique des maladies mentales. . . . .                  |   | GAYET.      |
| Physique médicale. . . . .                               |   | GAILLETON.  |
| Chimie médicale et pharmaceutique. . . . .               |   | PIERRET.    |
| Chimie organique et Toxicologie. . . . .                 |   | MONOYER.    |
| Matière médicale et Botanique. . . . .                   |   | HUGOUNENQ   |
| Zoologie et Anatomie comparée. . . . .                   |   | CAZENEUVE.  |
| Anatomie. . . . .                                        |   | FLORENCE    |
| Anatomie générale et Histologie. . . . .                 |   | LORTET.     |
| Physiologie. . . . .                                     |   | TESTUT.     |
| Pathologie interne. . . . .                              |   | RENAUT.     |
| Pathologie externe. . . . .                              |   | MORAT.      |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .           |   | TEISSIER.   |
| Anatomie pathologique. . . . .                           |   | BERNE.      |
| Médecine opératoire. . . . .                             |   | MAYET.      |
| Médecine expérimentale et comparée. . . . .              |   | TRIPPIER    |
| Médecine légale. . . . .                                 |   | X.          |
| Hygiène. . . . .                                         |   | ARLOING.    |
| Thérapeutique. . . . .                                   |   | LACASSAGNE. |
| Pharmacie. . . . .                                       |   | ROLLET.     |
|                                                          |   | SOULIER.    |
|                                                          |   | CROLAS.     |

## PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. . . . . LAROYENNE.

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants . . . . . MM. WEILL, agrégé.  
Accouchements. . . . . POLLOSSON, —  
Botanique. . . . . BEAUVISAGE. —

## AGRÉGÉS

|                |              |                  |                               |
|----------------|--------------|------------------|-------------------------------|
| MM. AUGAGNEUR. | MM. DIDELOT. | MM. POLLOSSON.   | MM. ROUX.                     |
| BEAUVISAGE.    | GANGOLPHE.   | ROCHET.          | VIALLETON.                    |
| CONDAMIN       | JABOULAY.    | RODET.           | WEILL.                        |
| COURMONT.      | LANNOIS.     | ROLLET (ÉTIENNE) | BOUVEAULT,                    |
| DEROIDE.       | LINOSSIER.   | ROQUE.           | chargé des fonctions d'agrégé |
| DEVIC          | PERRET.      |                  |                               |

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. GAYET, Président; M. POLOSSON (M), Assesseur; MM. AUGAGNEUR et GANGOLPHE, Agrégés.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur LÉPINE

MM. les Docteurs LAROYENNE, PERRET

et AUGAGNEUR

## INTRODUCTION

---

Malgré les nombreuses controverses suscitées déjà par les kérato-conjonctivites phlycténulaires, au point de vue spécial de leur traitement, la routine de certains procédés, plus en faveur dans tel ou tel milieu, reste le plus souvent le seul guide du praticien non spécialiste et néanmoins soucieux de bonne thérapeutique, désireux aussi d'épargner à son malade l'obsession d'une affection essentiellement tenace et pénible, parfois inquiétante, laissant dans bon nombre de cas des traces indélébiles de ses passages réitérés.

Si nous avons entrepris, sous l'inspiration de notre maître M. Augagneur, l'étude de cette question, ce n'est pas que nous soyons porteur d'un remède inédit, ni

détenteur d'un procédé nouveau : trop de médications déjà ont sévi, depuis l'antique vésicatoire volant derrière l'oreille, jusqu'aux cautérisations ignées de la phlyctène ; nous n'innoverons donc rien, sinon peut-être un peu de méthode et beaucoup de simplicité. Nous chercherons dans cet arsenal encombré quelques armes simples, bonnes et éprouvées, et nous nous efforcerons d'établir les règles de leur emploi judicieux, en nous inspirant de la pathogénie qui est le plus sûr guide du thérapeute.

Nous voulons aussi soumettre à la discussion quelques pratiques que l'usage semblait consacrer, à tort où à raison, afin de les reléguer à leur véritable rang ; estimant, par exemple, l'immobilisation plus sûr antiphlogistique que l'atropine et le pansement occlusif plus sûr garant de l'asepsie oculaire que la pommade jaune, essuyée ou dissimulée par le traditionnel mouchoir de poche.

Dans une affection aussi éminemment contagieuse et récidivante, la prophylaxie a une importance primordiale ; nous lui consacrerons la première partie de notre travail. Dans la seconde, après avoir soumis au contrôle de la discussion les divers moyens actuellement en usage, nous en établirons l'application raisonnée et éclectique, suivant la méthode employée dans le service de M. Augagneur. Les observations feront foi des résultats.

A la veille d'aborder la carrière médicale, nous tenons à honneur d'adresser l'hommage de notre reconnaissance

aux maîtres dont les enseignements et les exemples resteront notre plus sûr guide.

Aux leçons cliniques de M. le professeur Gayet, nous avons appris l'importance quotidienne de l'ophtalmologie ; nous en emportons dans la pratique des souvenirs féconds. En acceptant la présidence de notre thèse, il nous a donné une marque de haute bienveillance dont nous serons heureux de nous honorer.

Auprès de notre excellent maître, M. le professeur agrégé Augagneur, nous avons constamment trouvé, depuis notre séjour dans son service, l'appui de conseils et aussi d'un bienveillant intérêt qui ne s'est pas lassé. Ici même, dans ces modestes pages, nous ne sommes que le trop peu fidèle interprète de sa pensée.

---



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41552603\\_0025](https://archive.org/details/IA41552603_0025)

# SUR LE TRAITEMENT

## DE LA

# KERATO-CONJONCTIVITE PHLYCTÉNULAIRE

---

## CHAPITRE PREMIER

### Traitement prophylactique.

Notre conception de la nature de l'ophtalmie phlycténulaire est celle proposée par M. Augagneur. Elle a été bien définie par Panas<sup>1</sup> : « Quelques auteurs ont parlé de kératite eczémateuse; j'aime mieux l'appeler *kératite impétigineuse* ou *impétigo de la cornée*... jamais l'examen n'a permis de découvrir dans ses lésions le bacille de Koch... L'agent pathogène qui l'inocule, c'est le microbe non connu encore de l'impétigo. »

Nous adoptons entièrement cette manière de voir; nous ne parlerons donc que pour mémoire du micrococcus auquel Burckardt avait attribué en 1887 la spécificité de la phlyctène cornéenne.

Quant à la spécificité microbienne de l'impétigo lui-

<sup>1</sup> Panas, La kératite phlyctén. (*Gaz. médicale de Paris*, n° 8, 1889).

même, elle est fort discutée ; du moins son inoculabilité a été mise hors de doute par les expériences de Vidal et Douault, qui ont expliqué ainsi le développement successif de ses éléments et son transport par les ongles sur d'autres régions du corps.

Sa contagiosité est depuis longtemps admise par tous les dermatologistes et prouvée journellement par les épidémies des asiles d'enfants et des écoles.

En résumé, *la kérato-conjonctivite phlycténulaire est une affection spécifique, de cause externe, due à l'inoculation sur la cornée et la conjonctive du ou des microbes de l'impétigo.*

Cette notion générale était indispensable à poser au début de l'étude du traitement prophylactique de l'affection. En effet, la prophylaxie est, dans le chapitre du traitement, l'analogue de la pathogénie dans celui de l'étiologie : elle consiste à écarter les causes du mal. D'où la nécessité de les connaître, car, dans bien des cas (et cela a été vrai longtemps pour la question qui nous occupe), il est plus difficile de bien établir ces causes que de les combattre une fois connues ; en effet, leur traitement se réduit souvent à une notion négative, et cependant importante.

De ces causes, d'aucunes tiennent à la nature contagieuse du mal et dépendent des personnes ou objets extérieurs.

Il en est d'autres que le sujet porte à son insu sur lui-même, et dont l'ensemble constitue ce que l'on est convenu d'appeler prédisposition individuelle.

Enfin l'affection une fois implantée a une tendance constante à la récurrence, et il importe de savoir ce qui permet ou favorise son retour offensif.

## I. Contagion.

Ce point est trop connu pour qu'il y ait lieu d'y insister beaucoup; de longtemps le fait clinique avait devancé l'interprétation. C'est, suivant le milieu, dans la famille ou à l'école, que les enfants contractent l'immense majorité des kératites.

Au sein des intérieurs pauvres, particulièrement à la ville dans les quartiers populeux, la cohabitation, la malpropreté, l'usage des mêmes linges, mouchoirs, peignes et vêtements sont d'actifs moyens de transmission du virus. A l'école, ce sont les contacts variés, c'est la promiscuité des jeux, des objets d'étude et d'habillement entre les enfants sains et ceux qui ont mal aux yeux ou simplement des croûtes dans les cheveux et sur le visage, et l'on sait si le cas est fréquent. Le tout favorisé, bien entendu, par l'incurie des maîtres qui, au reste, n'ont aucun intérêt à divulguer la présence dans l'établissement d'enfants suspects.

A la caserne, la promiscuité est moindre et la propreté plus grande : les adultes sont aussi moins exposés et en général plus soucieux de leur santé; et cependant la contagiosité de la kératite est suffisante pour que, en 1890, Siminsky ait pu observer cette affection sous forme épidémique dans un régiment dont l'effectif fut atteint dans une proportion de 15 sur 100.

Il va sans dire que, dans le cas ordinaire de contagion, à l'école ou dans la famille, l'humidité, le défaut d'aéra-

tion, l'encombrement, jouent un rôle de dissémination indirecte, et qu'il faut en tenir compte pour la prophylaxie; le desideratum serait ici, dans les quartiers pauvres des villes, de grandes rues et des maisons propres et aérées.

Mais limitons-nous au possible, et contentons-nous de ne pas oublier que nous préviendrons la contagion de l'école en excluant les enfants contaminés, si cela est en notre pouvoir, et, plus sûrement, en interdisant l'accès de celles dont l'état sanitaire est douteux, aux sujets que nous voudrions protéger.

Dans la famille, nous exigerons, pour les enfants atteints, un couchage séparé, du linge et des objets de toilette particuliers; la propreté du corps et des effets devra être irréprochable.

## II. **Prédisposition individuelle.**

Ici se pose la question de la scrofule. De tout temps, les ophtalmologistes ont été unanimes à constater la fréquence des éruptions du cuir chevelu, de la face et des lèvres chez les enfants porteurs de kérato-conjonctivite. Il ne nous appartient pas de revenir sur la discussion de nature qui a fait l'objet de plusieurs travaux de M. Augagneur<sup>1</sup> et de la thèse de M. Désir de Fortunet<sup>2</sup>. Qu'il nous

<sup>1</sup> Augagneur, Pathog. et trait. des kér.-conj. phlyct. (*Revue médicale de l'Est*, 1888). — Id. (*Province médicale*, 1888).

<sup>2</sup> Désir de Fortunet, *Etude critique sur la nature de la scrofuleuse* (th. Lyon, 1888).

suffise de dire que la doctrine développée par ces auteurs a été la base de la méthode que nous préconisons, et qu'elle lui a donné un appui dont le succès a été la récompense et la justification.

Au surplus, lésions connexes ou entité, que nous remplaçons la donnée diathésique par la série de ses composants, ou que nous conservions l'ancienne formule, cela importe assez peu au point de vue spécial que nous traitons : sans nous le dissimuler, nous estimons néanmoins la première méthode plus féconde en données précises et pratiques.

M. Augagneur a bien montré les étapes de l'infection externe, issue des croûtes impétigineuses du cuir chevelu, inoculée par le grattage aux doigts qui la portent ensuite au nez d'où elle gagne les culs-de-sac conjonctivaux par les voies lacrymales. Et Désir de Fortunet nous décrit bien notre prédisposé lorsqu'il dit<sup>1</sup> :

« L'infection qui s'est propagée par les voies lacrymales jusqu'à la conjonctive et à la cornée déterminera une lymphangite septique qui, marchant en sens inverse, provoquera cet œdème de la lèvre dont on a voulu faire un signe presque pathognomonique de la scrofule. Si on ajoute à cela que les ganglions maxillaires se sont engorgés, tant par le fait de la lésion des téguments de la face que par celle des muqueuses, on obtient le tableau parfait de ce qu'on appelle encore un type de scrofuleux.

« ... La cornée et la conjonctive sont donc inoculées le plus souvent par l'organisme pathogène de l'impétigo du

<sup>1</sup> Désir de Fortunet, *Etude critique sur la nature de la scrofule* (th. Lyon, 1888).

cuir chevelu ; elles peuvent être envahies aussi par d'autres microbes cultivés dans les fosses nasales. »

Dans la grande majorité des cas, l'enfant qui se présente au médecin porteur d'une ophtalmie, le voulût-il, ne saurait lui en cacher les origines évidentes : ses cheveux sont agglutinés par des croûtes ou sillonnés par des parasites, son nez ou ses oreilles suintent, ses doigts sont déformés par les engelures ou les tournioles.

C'est à ces ennemis qu'il va falloir nous attaquer si nous voulons prévenir les lésions oculaires, au cas où elles n'existeraient pas encore.

#### LA RHINITE

La rhinite est l'un des plus fréquents et des plus tenaces. Les auteurs avaient depuis longtemps remarqué sa coexistence fréquente avec l'ophtalmie, mais peu avaient songé à la dépendance possible de ces lésions, se contentant de les mettre sur le compte de la diathèse strumeuse.

Cette idée de la solidarité des fosses nasales avec l'œil correspondant, déjà exprimée par Bouchut et Desairre, a été longuement étudiée par Augagneur et Désir de Fortunet qui lui ont apporté la consécration clinique et didactique.

Nous serons donc pénétrés de la nécessité, dans la prophylaxie comme dans le traitement de l'ophtalmie phlycténulaire, de chercher d'abord et de traiter ensuite la rhinite.

La rhinite impétigineuse aiguë est justiciable des irrigations boriquées tièdes qui détachent les croûtes et

portent l'antiseptique sur la surface des ulcérations, de façon à en imprégner toute la muqueuse. Chez l'enfant, on peut remplacer le siphon à réservoir de Weber par la seringue de verre.

Les injections étant réservées aux cas où la sécrétion est fétide, et où l'accumulation des croûtes rend les fosses nasales imperméables, d'une façon générale, et chez les enfants, l'emploi des poudres antiseptiques sera suffisante. On les insuffle, chez les sujets très jeunes; la plupart les prisent eux-mêmes, à raison de dix à quinze fois dans le courant de la journée.

M. Augagneur emploie habituellement des mélanges à parties égales de camphre, d'acide borique et de sous-nitrate de bismuth.

Sur les ulcérations que laisse l'enlèvement des croûtes, on peut appliquer de la vaseline boriquée.

#### L'IMPÉTIGO

En ce qui concerne les rapports de la kératite avec les éruptions impétigineuses, nous n'avons rien à ajouter à ce qui a été dit au début de ce chapitre.

Il est la véritable et la grande cause des ophtalmies, qu'il attaque l'œil directement ou par l'intermédiaire des fosses nasales. Comme l'a dit M. Augagneur, lorsque la gale, l'eczéma ou les écorchures ne lui servent pas de porte d'entrée, il s'inocule souvent à la faveur d'un petit traumatisme dont le pou est l'agent, agent migrant et contaminateur par excellence, puisqu'il porte sur lui à la fois le virus et la lancette.

De tout cela, la conclusion se dégage nettement : il faut convaincre les mères de la nécessité de préserver les enfants de la phthiriasse, et ce n'est pas toujours facile dans la classe inférieure, où, selon l'expression de M. Augagneur « le pou est endémique et souvent respecté. » Les cheveux doivent être constamment coupés courts. Si des croûtes se forment, il faut les détacher à l'aide de cataplasmes et de fomentations émollientes ou du bonnet de caoutchouc, puis étendre sur les ulcérations une pommade antiseptique dont le type est la vaseline à l'acide borique.

Avec ces simples soins de propreté, combien n'a-t-on pas vu de petits malades transformés, et de scrofules naissantes retournées au néant ! M. le professeur Gayet insiste dans ses cliniques<sup>1</sup> sur les résultats étonnants et rapides, obtenus simplement par la suppression des causes d'irritation, des frottements et des grattages, la toilette des croûtes et des ulcérations, et les irrigations nasales. Ceci n'a rien qui doive nous surprendre, étant donnée l'influence causale directe exercée par ces affections en apparence accessoires, partant si communes.

#### LE CATARRHE LACRYMAL

Parfois le germe infectieux, chassé des fosses nasales ou de la conjonctive, reste cantonné dans un point intermédiaire où il se dissimule aisément : c'est le sac lacrymal,

<sup>1</sup> Gayet, *El. d'ophtalm. à l'usage des médecins praticiens*, p. 260, 1893.

repaire d'une foule de microbes malfaisants, prêts à envahir les culs-de-sac conjonctivaux, l'inférieur surtout.

Récemment, M. le professeur Truc attirait l'attention<sup>1</sup> sur l'état lacrymal dans l'ophtalmie qu'il nomme « lymphatique infectieuse », état, selon lui, assez important pour exiger un traitement approprié, le cathétérisme et les injections à l'aide de la seringue d'Anel.

Pour les mêmes raisons, les culs-de-sac conjonctivaux, l'inférieur surtout, devront être l'objet de soins préventifs chez les sujets menacés ; la blépharite ne sera pas tolérée davantage que la phthiriasse.

Enfin l'otorrhée, ennemi plus éloigné, néanmoins suspect pour sa parenté avec l'impétigo, sera attaquée par les voies externes.

Au terme de cette étude de la prédisposition, nous devons rappeler pour mémoire une théorie proposée en 1883 par Martin de Bordeaux, d'après laquelle l'astigmatisme pourrait constituer un état favorable au développement des lésions cornéennes, en raison de l'irritation entretenue dans les régions antérieures de l'œil par les constants efforts d'accommodation qu'il nécessite.

Les vices de la réfraction ont, chez l'enfant, des conséquences plus graves que celle-ci et des titres plus immédiats à notre attention. L'état des ongles et des cheveux est infiniment plus important au point de vue qui nous occupe.

<sup>1</sup> Truc, *Arch. d'ophtalmologie*, n° 3, 1893.

### III. **Récidives.**

La tendance à la récurrence est manifeste dans le plus grand nombre des ophtalmies phlycténulaires, au point qu'elle est le facteur principal de la gravité de cette affection.

Cependant elle n'est pas absolument constante, et cela suffit pour que nous cherchions à établir quels sont les cas où la récurrence se produit, et quelles sont les causes qui la favorisent.

M. le professeur Gayet<sup>1</sup> cite volontiers dans ses cliniques, en regard du type classique complet, des exemples de kératite attaquant des enfants, tantôt convalescents de rougeole, tantôt indemnes de toute lésion, et « au-dessus de tout soupçon de tare scrofuleuse ».

Il est clair que, dans ces cas, un facteur accidentel, catarrhe rubéolique ou érosion fortuite, a ouvert la porte à l'agent microbien, et que c'est en pareille circonstance, si les enfants sont bien tenus, que nous pourrions voir évoluer une poussée isolée, unique, sans tendance à la récurrence.

Notre rôle en cette occurrence sera bien simplifié, car, une fois l'ennemi chassé de l'unique place qu'il occupait, la repullulation n'aura pas raison d'exister. Encore ne faut-il jurer de rien, et M. Gayet insiste avec raison sur les cas

<sup>1</sup> Gayet, *loc. cit.*

où l'on a vu, dit-il, s'établir les manifestations « diathésiques » après l'invasion oculaire.

Quant au récidivant typique, nous le connaissons bien, pour l'avoir vu maintes fois dans les consultations de nos hôpitaux. C'est celui que M. Gayet montre, enfouissant sa tête, pour fuir la lumière et le chirurgien, dans le fameux châle de laine noire (moins salissant), dont sa mère l'enveloppe ; celle-ci, sur vos insistances, aura pule débarrasser provisoirement, pour vous l'amener, de ses croûtes et de ses poux ; mais la pauvre femme n'aura pas pensé à tout, et vous observerez souvent qu'elle conduit par la main un autre enfant qui, celui-là, tient en réserve pour l'usage commun, des poux et des croûtes.

Le mécanisme de la réinoculation ne diffère pas de celui de l'inoculation primitive : il est seulement simplifié et rendu plus facile par les nombreuses disséminations septiques qui ont résulté de la première atteinte, dans l'entourage du malade ou sur sa personne.

Dans les milieux pauvres, les linges et les effets, souvent mis en commun, rarement ou insuffisamment nettoyés, de couleurs sombres, dissimulent parfaitement une quantité de germes.

Après une guérison locale, l'enfant reprend de plus belle ses relations avec des sujets impétigineux, dans sa famille ou au dehors, et de nouveau prospèrent, sans être inquiétés, les eczémas et les rhinites.

Même dans le cas de soins assidus, le microbe chassé de la conjonctive va se réfugier dans les voies lacrymales, en attendant que l'oubli et la négligence aient rendu possibles de nouvelles incursions.

Chacun de ces détails prend son importance dans la

prophylaxie des récidives. Elle a pour élément essentiel la propreté du sujet, de ses effets et de l'entourage. Il faut poursuivre sans répit les rhinites, les parasites et les éruptions de la peau et du cuir chevelu, sans perdre de vue que la plupart des récidives partent du nez : « Quand les fosses nasales sont guéries, dit Augagneur, l'ophtalmie disparaît. »

S'il persiste un état catarrhal des voies lacrymales ou de la conjonctive, il importe d'avoir recours au nettoyage des culs de-sac, au cathétérisme dilatateur et aux injections à l'aide de la seringue d'Anel : dans bien des kératites à répétition, d'après M. Truc<sup>1</sup>, on n'obtient une guérison complète que par la dilatation et surtout la désinfection lacrymale.

Il ne faut pas oublier non plus que l'antisepsie prophylactique, ainsi que le rappelle M. Chibret<sup>2</sup>, compte comme auxiliaire la protection de l'épithélium. On devra donc rechercher et écarter avec soin toute cause capable de produire l'érosion épithéliale qui sert de porte d'entrée au microbe. En cas de trichiasis, épiler ; de spasme survivant à la récente poussée, débrider ou dilater. Les croûtelles de la blépharite seront soigneusement et fréquemment décapées et l'on fera des applications locales de pommades antiseptiques sur la région ciliaire, ou bien, suivant une méthode plus récente, des badigeonnages au pinceau de la base d'implantation des cils avec un glycérolé au sublimé en solution forte.

Nous n'insisterons pas sur l'influence saisonnière à

<sup>1</sup> Truc, *Loc. cit.*

<sup>2</sup> Chibret, Antisepsie oculaire (*Arch. d'ophtalmol.*, 1892).

laquelle quelques auteurs attribuent un certain rôle dans les récidives des kérato-conjonctivites.

Quant au traitement diathésique, qui eût occupé autrefois la plus grande partie de ce chapitre, il ne saurait prendre place ici, puisqu'il ne présente plus pour nous aucune indication, la scrofule n'existant qu'en vertu d'une pétition de principe.

Il est certain pourtant que le développement de l'infection impétigineuse est favorisé, comme celui de toute autre infection, par les conditions générales de débilitation et de misère physiologique.

« Ce qu'il faut dire pour rester dans le vrai, dit Panas à ce sujet, c'est que les enfants mal nourris, soumis au froid et à l'humidité, privés des secours d'une bonne hygiène, manquant de soleil et de lumière, tous les affaiblis, en un mot, sont atteints par la kératite phlycténulaire. Chez les enfants de la classe élevée, qui sont mieux soignés, c'est encore ceux qui sont en déchéance, vitale que la maladie frappe, ceux dont les parents sont vieux ou malades, ceux que fatigue le surmenage scolaire, ceux qu'affaiblit une croissance rapide <sup>1</sup>. »

Il n'y a pas à insister : contre tout cela nous ne pouvons rien ou bien peu de chose.

<sup>1</sup> Panas, *loc. cit.*

## CHAPITRE II

### **Traitement thérapeutique.**

Nous nous sommes expliqué sur la question du traitement général : l'on ne sera donc pas surpris qu'il ne lui soit fait aucune place dans notre thérapeutique. Nous ne le citons ici que pour l'éliminer, en tant que dirigé contre l'ophtalmie phlycténulaire elle-même.

Les autres ressources qui nous sont offertes contre cette affection sont variées et nombreuses, trop selon nous : aussi, avant de passer à l'exposé de leur application, telle que nous la comprenons, nous chercherons à nous faire une idée de la valeur respective de ces différents moyens.

# I

## **Etude critique des Procédés.**

Les premiers par rang d'ancienneté sont les médicaments : pommades, poudres, collyres. Mais au point de vue de l'importance, ils cèdent la place aux pratiques inspirées par l'antisepsie : mention doit être faite des interventions chirurgicales qui ont eu leur période de faveur.

### DE L'ANTISEPSIE OCULAIRE

C'est cette indication à laquelle on eût répondu autrefois par la médication dite antiphlogistique. Or, ce mot a perdu toute signification thérapeutique du jour où il a été démontré que les phénomènes inflammatoires sont l'expression de la défense nécessaire, et comme le prélude de la libération du territoire.

Il ne s'agit donc plus pour nous d'entraver la défense, mais bien l'attaque, et c'est pourquoi, à l'antiphlogose, nous avons substitué l'antisepsie.

Celle-ci a-t-elle son indication dans la maladie qui nous occupe? Sans doute, puisqu'il est bien établi que nous avons affaire à un agent pathogène, le microbe de l'impétigo. Dans ces conditions, le traitement antimicrobien est le seul qui soit rationnel<sup>1</sup>, puisque nous pouvons assimiler notre ulcération phlycténulaire à une plaie infectée quelconque.

En présence de l'indication antiseptique, la chirurgie oculaire a suivi le mouvement de la chirurgie générale : elle a quitté l'occlusion ouatée de Guérin pour la méthode listérienne, et voici qu'elle tend aujourd'hui, ainsi que le constate M. Chibret dans un récent article<sup>2</sup>, à revenir sur ses pas. On a constaté que les avantages de l'antisepsie de Lister étaient compensés par des inconvénients ; Léber, dès 1881, concluait à l'action irritante de certaines substances chimiques, et cela intéresse tout spécialement les ophtalmologistes.

Au contraire, l'occlusion de Guérin n'a rien perdu et n'a pas donné de déception : elle est restée le moyen sûr par lequel les chirurgiens qui ont voulu se prémunir contre les complications opératoires de la cataracte, ont mis à l'abri de toutes les injures extérieures le travail de cicatrisation des plaies cornéennes artificielles.

Nous avons aussi une plaie à protéger ; une plaie dont, dans bien des cas, il suffira de favoriser les naturelles tendances vers la réparation, et cependant l'idée du pansement occlusif dans la kératite phlycténulaire, si elle

<sup>1</sup> Gillet de Grandmond, Nature microbienne des kératites (*Arch. d'ophtalmol.*, 1892).

<sup>2</sup> Chibret, Antisepsie oculaire (*Arch. d'ophtalmol.*, 1892).

n'est pas nouvelle théoriquement, l'est presque dans l'application.

Nous estimons, pour notre part, qu'on réalise ainsi la propreté de l'organe malade et qu'on assure sa protection contre les germes de toute origine, bien mieux qu'il n'est possible par les applications répétées de pommade antiseptique.

Inserée sous la paupière par la main du chirurgien, celle-ci ne tarde pas à être soigneusement essuyée par l'enfant ou les parents, surtout si elle est jaune. Laisée à la disposition de l'entourage, elle est maniée maladroitement ou malproprement par des personnes inexpérimentées, qui craignent de l'introduire dans les culs-de-sac, et se bornent à graisser la face libre des paupières, impuissantes du reste à vaincre le blépharospasme. Ailleurs, on voudra mieux faire, et on ira gratter l'épithélium cornéen et provoquer ainsi des infections secondaires, origines d'ulcères serpigneux.

Avec l'occlusion, ces inconvénients sont évités, car, le pansement une fois établi, il est facile de s'assurer qu'il n'a pas été déplacé. L'œil est à l'abri des doigts du malade, ce qui est fort important chez les jeunes enfants; c'est en même temps une façon d'isolement très appréciable, dans les milieux où règne une certaine promiscuité.

Il semble à première vue qu'on impose à son malade un grand sacrifice en le condamnant à l'obscurité : cette objection tombe d'elle-même pour qui sait à quel point les personnes atteintes d'ophtalmie phlycténulaire aiment l'obscurité, et cherchent par tous les moyens à se préserver de la lumière, les petits enfants en se cachant dans les bras de leur mère, les plus grands en recher-

chant un coin obscur dans lequel ils s'établissent durant des heures, la tête entre leurs mains.

En un mot, ils souffrent de la lumière plus qu'ils n'en jouissent, et la seule perspective d'être plus tôt guéris les fera consentir très aisément à l'occlusion, qui leur apporte, du reste, un soulagement immédiat.

Nous sommes heureux d'enregistrer à ce sujet le témoignage de M. Dehenne, qui, sous l'influence du pansement occlusif antiseptique, changé matin et soir et combiné aux lavages conjonctivaux, a vu des kérato-conjonctivites phlycténulaires disparaître en deux ou trois jours, sans collyre ni autre traitement<sup>1</sup>. D'après cet auteur, les douleurs et l'injection cessent immédiatement, et la durée de la maladie est sensiblement abrégée.

Nous aurons encore à signaler en leur lieu d'autres avantages de cette pratique concernant le larmolement, la photophobie et le blépharospasme; mais nous devons dire dès maintenant que quelques-uns de ces résultats, n'étant pas attribuables à l'action antiseptique de l'occlusion, doivent résulter de la sédation que produit le repos de l'organe.

#### DE L'IMMOBILISATION

C'est une notion de thérapeutique générale que celle de l'immobilisation. Toute fonction est un travail, qui se traduit physiologiquement par une congestion, et qui, dans

<sup>1</sup> Decaux, *Origine microbienne des kératites et leur traitement*, th. Paris, 1890.

des conditions pathologiques, met l'organe dans un état d'infériorité vis-à-vis de l'envahisseur, et entrave la réparation des lésions. Nous ne réclamons ici que l'application à notre cas particulier de cette notion générale.

Le repos de l'œil, fonctionnel ou musculaire, pour ce qui concerne les muscles extrinsèques, est assuré, comme son asepsie, par le pansement occlusif. Du même coup, la cornée malade est protégée contre le frottement des paupières, cause sérieuse d'irritation quand il existe du spasme, et aussi cause de dissémination des lésions <sup>1</sup>.

Quant à l'inaction des muscles intrinsèques, qui commandent les mouvements pupillaires, elle est obtenue par les instillations d'atropine, et nous estimons pour notre part, avec M. Augagneur, que les instillations mydriatiques ne répondent pas à une autre indication que celle de l'immobilisation : nous aurons au reste à y revenir.

<sup>1</sup> M. Kühn, dans une thèse (Paris, 1889) où est préconisé le traitement chirurgical de la phlyctène par le thermocautère, fait au bandeau compressif le double reproche d'engendrer de la rétention et d'être une cause d'irritation.

D'abord, il n'est pas question de compression, et il y a, pour tout ophtalmologiste, une différence très sensible en pratique, entre ces deux termes, occlusion et compression.

En second lieu, la rétention ne nous paraît guère constituer un inconvénient sensible dans une affection qui sécrète aussi peu que la kérato-conjonctivite dans sa forme ordinaire ; ce qui coule le plus, ce sont les larmes, et le larmolement est assez réduit sous le pansement pour que les voies naturelles suffisent à l'écoulement.

Au surplus, il n'est pas défendu de changer quelquefois le pansement.

## LES TOPIQUES MÉDICAMENTEUX

Si nous nous efforçons de réduire au minimum la simple excitation fonctionnelle, à plus forte raison devons-nous proscrire tous les topiques irritants.

« J'ai vu, dit le professeur Panas, des médecins, effrayés par la sécrétion et la photophobie, mettre trois ou quatre fois par jour du collyre au nitrate d'argent dans l'œil ; j'en ai vu d'autres craindre pour la vision à cause de la taie et employer de suite la pommade au calomel ou la pommade jaune. Tout cela est très mauvais<sup>1</sup>. »

Le calomel en particulier a été accusé de plusieurs méfaits ; d'après M. Kühn<sup>2</sup>, il amène de l'hypersécrétion lacrymale et la formation de bichlorure corrosif à l'état naissant. Pour Saint Germain et Valude<sup>3</sup>, lorsqu'on l'insuffle sur la cornée d'un sujet qui prend en même temps de l'iodure de potassium à l'intérieur, il se produit par l'intermédiaire du liquide lacrymal un composé caustique.

Quoi qu'il en soit, il paraît au moins inutile et ne répond à aucune indication nette : aussi nous en abstenons-nous, comme aussi des cautérisations au nitrate d'argent ; les badigeonnages au pinceau ont de plus

<sup>1</sup> Panas, *loc. cit.*

<sup>2</sup> Kühn, *loc. cit.*

<sup>3</sup> Saint-Germain et Valude, *Traité des malad. des yeux chez les enfants.*

l'inconvénient d'exposer l'épithélium cornéen, à l'intégrité duquel nous sommes intéressés.

L'acide borique en solution de 3 pour 100 est le seul modificateur local vraiment utile. Employé en lotions tièdes dans l'intervalle des pansements, il assure la propreté des culs-de-sac conjonctivaux, s'oppose au développement des conjonctivites simples qui pourraient venir compliquer la phlyctène spécifique et remplit l'indication de chaleur humide posée par de Græfe et Gayet, indication qui avait suscité l'ancienne compresse de camomille, et, plus récemment, les fomentations et les douches de vapeur.

#### L'ATROPINE ET L'ÉSÉRINE

Parmi les agents médicamenteux, ceux-ci, par la nature spéciale de leur action et aussi par les divergences d'appréciation que leur emploi a fait naître, méritent d'attirer spécialement notre attention.

Ces divergences sont allées jusqu'à la contradiction, l'un préconisant l'emploi de telle de ces substances en s'appuyant sur une propriété qui constituait pour un autre précisément une contre-indication.

En réalité, l'atropine ni l'ésérine n'ont tant de vertus, et le départ de ces différends réside, selon nous, dans l'incertitude qui a régné longtemps, touchant les propriétés de ces substances absorbées localement.

Une fois les indications nettement posées et les propriétés bien définies, rien ne sera plus aisé que de déduire une application rationnelle, partant simple.

Dans ce but, nous nous proposons d'étudier comparativement l'action locale de l'atropine et de l'ésérine, au triple point de vue des modifications vasculaires, motrices et sensibles qui résultent de leur application.

A. Les effets vasculaires de l'atropine peuvent se résumer ainsi :

- 1° *Hypocrinie* : elle ralentit les sécrétions ;
- 2° Accélération du cours du sang ; elle produit une *anémie locale* rapidement suivie de réaction et de vasodilatation ;
- 3° Diminution de l'éréthisme irien ;
- 4° *Abaissement* lent, d'après Stocker, de la *pression intra-oculaire* : elle calmerait ainsi les douleurs ciliaires ;
- 5° *Paralysie de la diapédèse*. Pour Bintz, elle arrêterait les mouvements amiboïdes des leucocytes et, si l'on en croit Zeleer, la diapédèse est presque nulle dans les plaies arrosées de sulfate d'atropine.

Robin<sup>1</sup> la conseillait pour ce motif : c'est en effet sur cette dernière propriété que s'est fondée sa réputation classique d'antiphlogistique.

De son côté, l'ésérine :

- 1° Réduit les sécrétions conjonctivales (bien qu'hypercrinique) ;
- 2° Ralentit la circulation et élève la pression artérielle.
- 3° Augmente au début la pression intra-oculaire, puis l'abaisse secondairement d'une quantité supérieure (Stocker) ;

<sup>1</sup> Robin, *Kératites phlyctén. marginales* (th. Paris, 1882).

4<sup>o</sup> D'après Zeleer, arrête la diapédèse mieux que l'atropine.

Nous avons vu de quoi est faite la vertu antiphlogistique de l'atropine : elle paralyse les leucocytes. C'est là un avantage bien relatif ; nous lisons en effet dans Bouchard (*Les Microbes pathogènes*) : « Les microbes sécrètent une substance qui paralyse le centre vasodilatateur ; cette paralysie empêche les phénomènes inflammatoires (dilatation vasculaire et diapédèse). De cette façon, les microbes sont soustraits à une cause de destruction, le phagocytisme, et peuvent se développer, pulluler et sécréter en liberté. »

Est-ce à dire que nous préférons l'ésérine ? Nullement : ne possède-t-elle pas la même propriété, à un plus haut degré, même, à en croire Zeleer ?

Hâtons-nous d'ajouter, au surplus, qu'un résultat aussi désastreux ne nous inspire que peu d'inquiétudes : si nous n'attendons pas de nos collyres des résultats au-dessus de leur pouvoir, nous n'en redouterons pas davantage des effets aussi fâcheux que l'arrêt de la phagocytose et de la réparation : la clinique n'a rien observé de pareil.

Sur les autres points, pression intra oculaire, anémie locale, l'avantage resterait de même à l'ésérine à supposer qu'il en existât quelqu'un, ce que rien ne semble démontrer.

B. Agissant sur le système moteur, l'atropine est considérée comme un stupéfiant et un relâchant musculaire. Elle a, d'après M. Soulier, une action sédative sur les extrémités périphériques des nerfs des muscles lisses, et

c'est ainsi qu'elle produit la mydriase, par paralysie des extrémités iriennes de l'oculo-moteur commun, le nerf sphinctérien devenant inexcitable.

Sur l'action myotique de l'ésérine, les avis sont partagés. Pour Harnack et Witkowski, elle excite les extrémités de l'oculo-moteur. Rabuteau admettait une paralysie du sympathique; or celui-ci reste excitable. Enfin, d'après Rossbach, il s'agit d'une action excitatrice succédant à une paralysie passagère.

On peut se rappeler à ce sujet que l'ésérine a été employée contre le tétanos, comme atténuant les réflexes. Il est vrai que Galezowski la recommandait contre la paralysie de l'orbiculaire : le sujet nous a habitués à des surprises de cette nature.

En somme, il ne ressort guère de tout cela qu'une notion nette, c'est l'action pupillaire, et c'est en effet cette importante propriété que nous mettrons à profit, en nous rappelant ces deux points capitaux qui assurent à l'atropine, en tant qu'immobilisateur de la pupille, et en dehors des indications spéciales, une réelle supériorité sur l'ésérine, à savoir :

1° La mydriase par l'atropine est un phénomène *paralytique*, tandis que le myosis par l'ésérine est le résultat d'une excitation musculaire :

2° Les myotiques font contracter le muscle ciliaire et cette contraction, ainsi que le fait remarquer M. Panas, s'accompagne d'un mouvement congestif qui augmente les souffrances du malade.

En résumé, l'atropine assure seule l'*immobilisation dans le repos* du muscle ciliaire.

C. Reste à étudier, en dernier lieu, l'influence de ces deux alcaloïdes sur *les extrémités sensibles*.

Gübler<sup>1</sup> a vanté les bons effets de l'atropine qui, en rendant plus obtuse la sensibilité conjonctivale, diminue le jeu des réflexes et atténue la photophobie. Or, nous avons vu qu'une pareille action sur les réflexes a été attribuée à l'ésérine. Nous nous bornerons à faire observer que, si l'on recherche spécialement un effet de ce genre, on aura tout avantage à s'adresser, comme le faisait Dehenne, à la cocaïne, qui agit avec une certitude bien plus complète et une intensité bien plus grande.

Les inconvénients reprochés aux collyres n'ont pas, pour la plupart, de fondement plus sérieux que les avantages gratuits qui leur étaient attribués. Ils sont les mêmes dans les deux cas, conjonctivites folliculaires (de Wecker), picotement et cuisson (Robin), catarrhe du sac, dus bien certainement aux mauvaises conditions dans lesquelles étaient pratiquées les instillations, ou au mauvais état des solutions, qui doivent toujours être parfaitement aseptiques, ce dont il est, du reste, facile de s'assurer.

Il résulte de ces considérations rétrospectives :

1° Que l'atropine est un excellent immobilisateur du diaphragme irien, préférable dans les cas ordinaires à l'ésérine, préconisée systématiquement par de Wecker, Kühn et Dehenne<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Gubler, *Dic. des Sc. med.*, art. ATROPINE.

<sup>2</sup> « Ce n'est qu'au cas où les synéchies postérieures auraient un gravité plus menaçante que l'affection cornéenne, qu'il faut prescrire l'atropine. Si la lésion cornéenne est plus grave, ésérine... » (Dehenne, *Union médicale*, 1883, Trait. des kératites.)

2° Qu'il n'y a pas lieu de tenir compte, dans son application, d'autres données que de l'action mydriatique et, bien entendu, du danger toxique.

Nous continuons donc à l'employer, à l'exemple de Gayet, Robin, Truc, sans nous faire d'illusion sur sa valeur antiphlogistique, mais comme succédané de notre méthode immobilisatrice, et maintenant à cet égard son utilité, à l'encontre des conclusions exprimées par Decaux<sup>1</sup> dans sa thèse, où est préconisée l'abstention de tout collyre.

L'ésérine nous reste néanmoins comme une ressource précieuse dans certaines formes spéciales ou complications, desquelles il sera question ultérieurement, en même temps que des interventions chirurgicales qui leur sont aussi exclusivement réservées, et ne sauraient, par conséquent, trouver place dans le traitement de la kérato-conjonctivite ordinaire et typique, qui va nous occuper maintenant.

<sup>1</sup> Decaux, *Origine microbienne des kératites et leur traitement* (th. Paris, 1890).

## II

### Traitement rationnel.

Sur ces bases, nous allons pouvoir instituer le traitement d'un cas typique de kérato-conjonctivite phlycténulaire, tel qu'il ressort des précédentes considérations, tel aussi qu'il est pratiqué dans le service de notre maître, M. Augagneur.

Bien des auteurs avaient été frappés avant nous de la prépondérance pratique du traitement pathogénique ; plusieurs aussi, avaient remarqué les bons et rapides résultats obtenus par une médication simple, basée sur les soins de propreté. Nous avons déjà cité, à cet égard, M. le professeur Gayet <sup>1</sup>.

De Wecker <sup>2</sup> formule son traitement en trois principes :

Repos ;

Propreté ;

Abstention des révulsifs et des débilitants,

et recommande le bandeau compressif et l'ésérine.

M. Th. Decaux, dans sa thèse, supprime tout traitement

<sup>1</sup> Gayet, *Loc. cit.*

<sup>2</sup> De Wecker et Landolt, *Traité d'ophtalmologie*.

local autre que le pansement occlusif antiseptique, changé matin et soir, humide et iodoformé.

Nous ne différons de ces derniers auteurs que par l'emploi systématique de l'atropine, sur l'utilité de laquelle nous nous sommes expliqué, et par l'idée de l'immobilisation que nous posons en principe, comme caractéristique de notre méthode, en regard du repos mitigé et incomplet préconisé par de Wecker.

En présence d'un cas de kérato-conjonctivite phlycténulaire à la période aiguë, le malade étant préalablement isolé des causes de contamination, toute la partie active de notre médication est dirigée du côté des fosses nasales, du cuir chevelu et de la peau. Le traitement de ces manifestations ne diffère pas de celui que nous avons décrit à propos de chacune d'elles, au chapitre de la prophylaxie. Les voies lacrymales seront également explorées, quant à la possibilité d'un foyer d'infection qui y serait cantonné.

Il importe de venir rapidement à bout de ces lésions originelles, et tout spécialement de la rhinite, dont la disparition entraînera généralement la guérison immédiate de l'ophtalmie.

On y joindra les soins de propreté générale, la toilette des ongles, des cheveux et des oreilles, sans négliger, dans la clientèle, les recommandations relatives aux effets d'habillement, peignes, linges, etc.

Du côté des yeux, toute intervention active est supprimée. Après une désinfection minutieuse de la cavité conjonctivale et des bords ciliaires, à l'aide de la solution boricquée au 3 pour 100, un bandeau occlusif est appliqué sur les deux yeux.

Les rondelles de coton aseptique, dites : *pansements oculaires*, maintenues à l'aide de la bande de toile modérément serrée, remplissent admirablement cette indication.

Chaque jour le pansement est renouvelé et le lavage répété et suivi de l'instillation dans l'œil ou les yeux atteints d'une goutte de solution de sulfate d'atropine à 2 centigrammes pour 10 grammes. Cette dose quotidienne ne saurait être dépassée, d'après M. Soulier<sup>1</sup>, sans inconvénients.

Durant toute la période aiguë, le traitement est continué sans être modifié, hors le cas de complication.

Sous le bandeau, on voit la douleur diminuer et l'injection se modifier. Il n'est plus question de photophobie et, comme conséquences immédiates, le spasme de l'orbiculaire s'apaise et le larmolement se réduit.

L'œil malade, assuré de la propreté et du repos, garanti contre les frottements des paupières, dûment isolé et à l'abri des nouvelles inoculations dont les mains du sujet, s'il s'agit d'un enfant jeune, sont les agents habituels, se modifie rapidement. Si la cornée n'est pas encore atteinte, elle a toutes les chances de rester indemne. Enfin, le muscle ciliaire étant relâché en permanence, l'iris se trouve décongestionné et n'offre aucune propension à des propagations inflammatoires.

Une fois que l'affection est nettement entrée en résolution, que les phlyctènes sont en voie de se réparer, et que toutes les craintes de complications sont écartées, le pansement isolateur peut être remplacé par un bandeau

<sup>1</sup> Soulier, *Traité de thérapeutique*.

flottant ou des lunettes fermées, qui aident à attendre la guérison définitive.

Il ne nous reste plus désormais qu'à signaler les indications spéciales que peuvent faire naître dans le traitement la prédominance de telle ou telle forme de lésions, ou bien encore la présence de quelques complications assez communes, et qui constituent l'élément le plus pénible, subjectivement, de la maladie.

Sous le rapport de la prédominance des lésions, les auteurs distinguent en général nettement la kératite de la conjonctivite. Plusieurs ophtalmologistes même traitent d'une façon radicalement différente dans les deux cas; c'est ainsi que de Wecker, qui préconise l'abstention des irritants dans la kératite, semble, au contraire, les recommander pour la conjonctivite<sup>1</sup>.

Nous ne partageons pas cette manière de voir; la conjonctivite isolée, n'étant qu'une forme moins grave de la même affection, nous paraît justiciable des mêmes moyens; en portant dans les culs-de-sac conjonctivaux des poudres ou des pinceaux imbibés de solutions caustiques, on court le risque d'altérer l'épithélium cornéen et de favoriser l'extension des lésions, limitées au début.

Plus importante nous semble la distinction entre la kératite centrale et la kératite marginale. Il y a là, en effet, une indication capitale qu'il importe de ne pas oublier. La périphérie de la cornée, dans les lésions ulcéreuses à tendance extensive (et la kératite phlycténulaire revêt parfois ce caractère) a une propension spéciale à se laisser attaquer en coup d'ongle, à se désinsérer en

<sup>1</sup> De Wecker et Landolt, *loc. cit.*

quelque sorte de la conjonctive sur une partie de sa circonférence. Si, dans ces conditions, il vient à se produire une perforation de la cornée, l'iris s'engagera immédiatement dans le pertuis après l'évacuation de la chambre antérieure ; or, dans un œil soumis à l'action de l'atropine, c'est le bord libre de la membrane qui serait attiré et exposé à un enclavement dont les conséquences ultérieures pour la vision seraient des plus fâcheuses.

Il en résulte une règle générale en chirurgie oculaire qui est d'éloigner toujours le plus possible le bord libre de l'iris des perforations cornéennes et des ulcères en voie d'extension.

En conséquence, si un malade se présente, ayant laissé se développer sur la région marginale de sa cornée une lésion ulcéreuse de caractère envahissant, il y a indication formelle de substituer au collyre à l'atropine le collyre à l'ésérine pour parer au plus urgent, et provoquer un myosis qui sauvegarde le bord libre de l'iris. Le traitement ne sera en rien modifié quant au reste, sauf à surveiller de très près l'évolution du mal.

Nous avons peu de chose à dire du blépharospasme, en tant que nécessitant une intervention spéciale : il est habituellement sous la dépendance de la photophobie, et, sous l'influence de la sédation produite par le bandeau occlusif, le spasme ne tarde pas à disparaître.

Cependant, dans le cas où, la sensibilité à la lumière étant extrême, les réflexes présenteraient avec persistance une intensité exagérée, il y aurait intérêt à vaincre cette contracture qui est une cause permanente d'irritation et de compression de la cornée. On pourrait alors, avant de recourir à la dilatation forcée ou au débridement des

commissures, faire quelques instillations avec une solution de cocaïne et atropine : la cocaïne sera également indiquée contre les douleurs vives.

Il est fort rare que la vascularisation excessive de la cornée nécessite une intervention spéciale ; en pareille circonstance, le chirurgien pourra opter, suivant les cas, entre les scarifications et la péritomie cornéenne. Certains auteurs vantent les douches de vapeur d'eau chaude.

Nous n'avons pas dessein de traiter ici des complications tardives, dont le traitement ne ressort plus, à proprement parler, de notre sujet, mais bien d'autres chapitres de la chirurgie oculaire : ainsi en est-il des infiltrations purulentes avec hypopion, suivies d'iritis et de leucomes graves, parfois même d'irido-cyclite et d'atrophie.

Les suites éloignées, taies, astigmatisme, staphylômes et synéchies postérieures, réclament aussi des interventions qui relèvent de la chirurgie oculaire proprement dite.

---

## CHAPITRE III

### Observations cliniques.

A l'appui des considérations que nous venons de développer, et en ce qui concerne, soit la pathogénie, soit le traitement de l'ophtalmie phlycténulaire, nous pourrions invoquer un grand nombre d'observations.

Beaucoup se ressemblent ; plusieurs sont un peu sobres de renseignements circonstanciés ; la plupart sont absolument typiques au point de vue qui nous occupe. Nous pensons néanmoins que leur énumération détaillée serait fastidieuse, et, à ce titre, nous croyons pouvoir, sans inconvénients, limiter les développements qu'elles seraient susceptibles de comporter à la rigueur.

Dans la thèse, précédemment citée, de M. Désir de Fortunet, sont rassemblés 55 cas d'ophtalmie phlycténulaire dont un grand nombre sont très explicites en ce qui concerne l'évolution des lésions impétigineuses et la pathogénie de l'infection oculaire.

Notre étude personnelle est basée sur un chiffre de 90 observations cliniques plus récentes. Sans en établir une véritable statistique, qui pècherait, comme à peu près toutes ses pareilles, soit par dénombrement incomplet, soit par la prépondérance accordée à la quantité des faits au détriment de leur qualité, nous voulons succinctement dépouiller ces feuilles, et essayer d'en dégager aux yeux du lecteur l'impression générale que nous en avons retirée nous-même.

Le groupement des affections solidaires issues de l'impétigo donne, sur ce chiffre relativement restreint de 90 observations prises au hasard, des résultats qui nous paraissent assez concluants.

## I

Dans 71 de nos cas, la *rhinite* actuelle, considérée plus haut comme la cause de contamination la plus immédiate, de par ses rapports anatomiques, et aussi la plus fréquente, a été observée concurremment avec l'ophtalmie.

Ces cas peuvent se classer ainsi :

|                                                                                                   |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1° Cas de triade symptomatique complète (Impétigo du cuir chevelu, rhinite et ophtalmie). . . . . | = 20      |
| 2° Cas de rhinite avec impétigo de la face et kérato-conjonctivite . . . . .                      | = 8       |
| 3° Rhinite sans impétigo actuel . . . . .                                                         | = 43      |
| TOTAL . . . . .                                                                                   | <u>71</u> |

Dans la première série d'observations, il y a plusieurs

malades qui ont fait deux séjours dans le service, le premier pour impétigo, adénopathies cervicales, tournoles, etc., et qui présentent à leur rentrée de l'ophtalmie. Nous remarquons qu'un grand nombre sont porteurs aussi d'épiphora et de blépharo-conjonctivite chronique.

Les enfants appartenant à la deuxième série ont généralement des poux et ont eu pour la plupart, à une période antérieure, des croûtes dans les cheveux.

C'est dans la troisième catégorie que l'histoire clinique est le plus féconde en enseignements. Voici une fillette de sept ans qui a eu, à trois ou quatre ans, de l'impétigo pédiculaire ; on a fait disparaître cela il y a un an, mais elle a toujours conservé un peu de rhinite, et depuis quelques jours s'est développée une blépharo-conjonctivite. Elle sort améliorée, et rentre un mois plus tard pour un impétigo généralisé du cuir chevelu avec pustules à la face.

Il y a fort peu de cas où, à défaut d'impétigo ancien, nous ne notions des adénopathies témoins, des pédiculi, des croûtes aux lèvres, de la blépharite.

Plusieurs fois le malade lui-même ou ses parents ont été frappés de la marche de l'affection ; ainsi en est-il dans ce cas.

#### OBSERVATION I

Imb..., Françoise, quatorze ans, entrée le 8 novembre 1889, salle Sainte-Croix, n° 55.

Père mort d'affection inconnue ; mère vivante et bien portante, une sœur en bonne santé. Pas d'affection antérieure. Le début de la maladie actuelle remonterait à trois ans. A cette époque, elle

*aurait débuté par le nez et les paupières*, puis s'eserait ensuite étendue à la cornée. Deux séjours à la Charité pour ses yeux.

Actuellement, sur les deux yeux, particulièrement à l'O.G. taches de leucômes anciens. Petites phlyctènes récentes sur les cornées : un peu de conjonctivite oculaire et du larmolement.

Il est à remarquer que, dans 6 de nos observations de cette série, la rougeole a été la cause occasionnelle et a marqué le début de l'ophtalmie par l'intermédiaire de la rhinite. Une seule fois la variole a joué le rôle d'introductrice.

## II

Les cas dans lesquels la rhinite n'a pas été observée sont au nombre de 19 ; 6 de ces derniers accusent de l'impétigo pédiculaire du cuir chevelu, actuel ou récent. Signalons en passant cette rareté relative de l'impétigo isolé de la rhinite.

Parmi les autres, 4 présentaient des adénopathies cervicales, 1 de l'otorrhée, avec blépharite, 4 faisaient remonter le début de l'affection à une éruption rubéolique. Encore faut-il tenir compte de la difficulté qu'il y a à se renseigner sur les commémoratifs des enfants, soit par eux-mêmes, soit par leurs parents, qui mettent souvent un véritable amour-propre à les dissimuler.

Enfin nous croyons pouvoir indiquer dans quatre cas la contagion directe. Voici sommairement ces faits :

## OBSERVATION II

Gipp..., Marie Eugénie, sept ans, entrée le 19 février, 1892  
salle Sainte-Croix, n° 91. Rhinite, kérato-conjonctivite.

Parents, un frère et une sœur en bonne santé. Il y a quelque  
temps, étant à la campagne, la malade couchait avec une autre  
enfant ayant mal aux yeux. C'est à ce moment qu'elle a commencé  
à souffrir. Il y a des croûtes abondantes au niveau des deux  
narines : lèvre supérieure rouge et épaissie. Les deux yeux sont  
atteints, mais surtout l'O. G. qui présente deux phlyctènes du limbe  
cornéen ; conjonctivite palpébrale assez intense. Sécrétion abon-  
dante de larmes qui s'écoulent sur la joue correspondante, un peu  
rouge. Petite adénite sous-maxillaires.

## OBSERVATION III

Sim..., Joséphine, quatorze ans, entrée le 24 avril 1891, salle  
Sainte-Croix, n° 99. Rhinite, kérato-conjonctivite.

Parents : deux frères vivants, en bonne santé, un troisième frère  
atteint d'impétigo. Elle a eu la rougeole, depuis ce temps est restée  
sujette à des kérato-conjonctivites à répétition de l'O. D.

Photophobie, larmolement, rougeur.

Un peu de rhinite et quelques adénopathies.

## OBSERVATION IV

R..., Henri, sept ans, entré le 21 avril, 1893, salle Saint  
Mathieu, n° 8. Kérato-conjonctivite.

Rien dans les antécédents personnels ni héréditaires. L'affection remonte à cinq ou six jours ; l'enfant assure la tenir de sa sœur, malade avant lui. O. G. une phlyctène cornéenne isolée. Pas de réaction.

#### OBSERVATION V

Vill..., Jeanne, six ans, entrée le 16 septembre 1890, salle Sainte-Croix, n° 89. Kérato-conjontivite. Poux. Promiscuité.

Père et mère vivants et bien portants. Une sœur (5 ans), deux frères (3 et 2 ans). Toute la famille couche dans la même chambre, l'enfant avec sa sœur ; toutes les deux allaient à l'école chez les Sœurs, place de Serin. C'est là probablement qu'elles auraient pris des poux à la tête, il y a deux ou trois mois. Actuellement l'enfant n'en a plus, elle entre pour ophtalmie des deux yeux et ne peut renseigner sur le début de son affection qui ne semble pas remonter à plus d'un mois. Photophobie très prononcée, une phlyctène cornéenne de chaque côté ; quelques petits ganglions sterno-mastoïdiens.

Le 18 juillet, 1891, rentre pour récédive.

En ce qui concerne les résultats du traitement, question principale pour nous, nous devons faire appel à l'appréciation clinique, les observations étant en général peu explicites sur ce point. Nous ferons remarquer cependant que ce laconisme est d'un bon augure, étant l'habituelle expression d'une évolution simple et heureuse, exempte de complications.

Il résulte en effet des statistiques de M. Augagneur qu'un chiffre total de 220 cas ont été traités dans son service hospitalier suivant la méthode exposée dans ce travail.

Tous ont abouti à la guérison, dans un délai variable suivant les cas, et sans qu'il se soit produit aucune complication du côté de l'iris ou de la chambre antérieure.

Ce résultat est assez satisfaisant pour mériter l'attention des cliniciens, et justifier les développements théoriques que nous avons cru pouvoir en induire.

---



## CONCLUSIONS

---

I. L'ophtalmie phlycténulaire doit être considérée et traitée comme une affection spécifique, de cause unique, produite par l'inoculation sur la conjonctive et la cornée de l'agent pathogène de l'impétigo.

II. La prophylaxie consistera, par conséquent, à protéger la cornée contre le microorganisme et à le détruire dans ses autres manifestations, dont les principales sont la rhinite et l'impétigo du cuir chevelu.

III. Le traitement rationnel de l'affection est l'occlusion ouatée aseptique, et l'immobilisation dans le repos des deux yeux, solidaires quant à la fonction.

IV. L'immobilisation extrinsèque de l'œil est obtenue

par le bandeau occlusif binoculaire : son immobilisation intrinsèque par les instillations d'atropine.

Nous avons posé en principe, au cours de cette étude, le démembrement de la scrofulose. Nous avons en réalité poursuivi dans ce travail l'une des conséquences de cette dissociation clinique, si féconde en résultats pratiques, en ce qu'elle nous laisse entrevoir des ressources et nous ouvre des horizons inconnus au quasi-fatalisme de l'ancienne conception diathésique.

*Vu, bon à imprimer :*

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,  
GAYET.

*Vu, bon à imprimer :*

POUR LE DOYEN, L'ASSESEUR  
A. GAYET.

*Vu, bon et permis d'imprimer :*

LE RECTEUR,  
E. CHARLES.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- Thobois. — Kérato-conjonctivite phlycténulaire (th. Paris, 1874).  
Robin. — Kératite phlycténulaire marginale (th. Paris, 1882).  
Dehehne. — Traitement des kératites (Union médicale, 1885).  
Panas. — Clinique sur la kér. phlyctén. (Gazette médicale de Paris, n° 8, 1889).  
Désir de Fortunet. — Etude critique sur la nature de la scrofule (th. Lyon, 1888).  
Augagneur. — Pathogénie et traitement de la K.-C. phlyct. (Province médic., 1888).  
Kuhn. — Trait. des kératites et en particulier du t. chirurgical (th. Paris, 1889).  
Decaux. — Origine microbienne des kératites et leur trait. (th. Paris, 1890).  
Porre. — Causes et trait. de l'ophtalmie phlyctén. (th. Montpeiller, 1892).  
Gillet de Grandmont. — Nature microbienne des kératites (Arch. d'ophtalm., 1892).  
Chibret. — Antisepsie oculaire. (Arch. d'ophtalm., 1892).  
Truc. — Ophtalmie lymphatique infectieuse. (Arch. d'ophtalm., 1892).  
De Wecker et Landolt. — Traité d'ophtalmologie.  
Saint-Germain et Valude. — Mal. des yeux chez les enfants, 1892.  
Gayet. — Eléments d'ophtalm. à l'usage des médecins praticiens, 1893.  
Bouchard. — Microbes pathogènes.  
Gubler. — Atropine. Dict. des sc. méd.  
Soulier. — Traité de thérapeutique et de pharmacologie.

# TABLE

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION . . . . .                                                           | 5  |
| CHAPITRE PREMIER. — <i>Traitement prophylactique</i> . . .                       | 9  |
| I. Contagion . . . . .                                                           | 11 |
| II. Predisposition individuelle . . . . .                                        | 12 |
| La rhinite . . . . .                                                             | 14 |
| L'impétigo. . . . .                                                              | 15 |
| Le catarrhe lacrymal . . . . .                                                   | 16 |
| III. Récidives . . . . .                                                         | 18 |
| CHAPITRE II. — <i>Traitement thérapeutique.</i> . . . .                          | 21 |
| I. Etude critique des procédés. . . . .                                          | 22 |
| Antisepsie oculaire . . . . .                                                    | 22 |
| Immobilisation . . . . .                                                         | 26 |
| Topiques médicamenteux . . . . .                                                 | 28 |
| Atropine et éserine, leurs effets. . . . .                                       | 29 |
| II. Traitement rationnel. . . . .                                                | 34 |
| CHAPITRE III. — <i>Observations cliniques. Pathogénie et résultats</i> . . . . . | 41 |
| CONCLUSIONS . . . . .                                                            | 49 |
| INDEX BIBLIOGRAPHIQUE . . . . .                                                  | 51 |



